

Reconocimiento de consentimiento verbal recibido

En respuesta a la COVID-19, las personas/entidades están autorizadas a brindar asistencia a los solicitantes de Asistencia Médica tras recibir consentimiento verbal. **La autorización de consentimiento verbal caducará al final de la emergencia de salud pública COVID-19.** Esta forma se utiliza para documentar la asignación de consentimiento verbal del solicitante a un individuo/entidad. Este consentimiento verbal se limita a completar y presentar una solicitud de asistencia médica. Esta forma debe ser utilizada por individuos y entidades como asistentes de solicitudes, navegadores, y asesores de solicitudes certificados (CACs, por sus siglas en inglés).

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____ Número de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de autorización verbal: _____

Esta forma debe ser sometida junto con la solicitud de asistencia médica. **Esta forma es obligatoria para completar el proceso de solicitud.**

- Si está solicitando en línea en www.commonhelp.virginia.gov, cargue y someta esta forma de consentimiento con la solicitud.
 - En la sección de comentarios de la solicitud de CommonHelp ingrese “Esta solicitud está siendo sometida con el consentimiento verbal del solicitante.”
 - Los asistentes de solicitudes aún deben completar las secciones apropiadas en CommonHelp
- Si está llamando al centro de llamadas de Cover Virginia al 1-855-242-8282 (TDD: 1-888-221-1590), el representante del centro de llamadas le proporcionará instrucciones para enviar este formulario de consentimiento y documentará “Esta solicitud está siendo sometida con consentimiento verbal y las instrucciones para completar la forma de reconocimiento se le han dado al individuo.”
- Si envía una solicitud impresa a su Departamento de Servicios Sociales local, envíe este formulario de consentimiento junto con la solicitud impresa. Los asistentes de solicitudes aún deben completar el Apéndice C.

Su firma en esta forma certifica:

- El solicitante ha sido informado y entiende sus funciones y responsabilidades como asistente de solicitudes.
- El solicitante le ha concedido permiso para crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar información personal para llevar a cabo las funciones y responsabilidades de un asistente de solicitudes como es autorizado por los estatutos y regulaciones federales y estatales.
- El solicitante entiende que esto le otorga la autoridad limitada para completar, firmar, y actuar en la solicitud de asistencia médica. Una autorización y consentimiento escrito adicional es requerido para el nombramiento como representante autorizado de un solicitante.
- El solicitante entiende que este consentimiento verbal autoriza al Departamento de Servicios Sociales y / o al Departamento de Servicios de Asistencia Médica a divulgar información a usted y su organización.
- El solicitante entiende que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.
- El solicitante ha recibido una copia de este formulario de consentimiento.

Su firma certifica, bajo pena de perjurio, que la información dada en esta forma y en la solicitud asociada es verdadera y precisa a su leal saber y entender. Usted podría estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si usted proporciona información falsa.

Su nombre: _____

Nombre de la organización: _____

Dirección de la organización: _____ Número de Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____